

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1932

THÈSE

146

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LÉON VANNIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

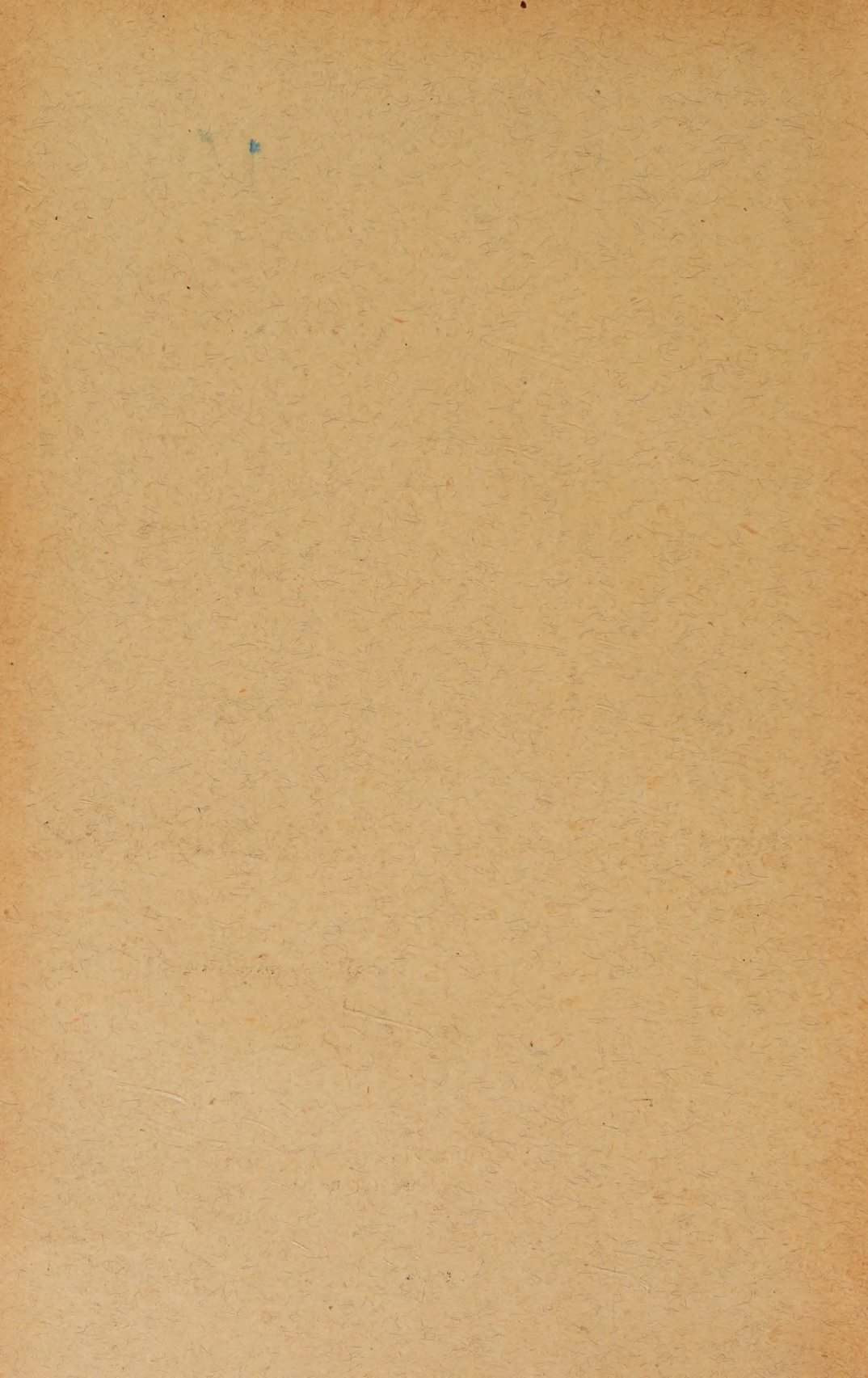
Né à Saint-Jacques de la Lande (Ille-et-Vilaine), le 14 Novembre 1906

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AMIBIASE PULMONAIRE**

Président de Thèse : M. le Professeur LEMIERRE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 13
PARIS

1932



ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LÉON VANNIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Saint-Jacques de la Lande (Ille-et-Vilaine), le 14 Novembre 1906

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMIBIASSE PULMONAIRE

Président de Thèse : M. le Professeur LEMIERRE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÈPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉONBER NARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHTER Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

(ANNEXE)

MM.

ABRAMI.....		BASSET.....	
CHIRAY.....	Clinique	CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	Clinique
DUVOIR.....	médicale	MATHIEU.....	
FIESSINGER..		MOCQUOT	chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	

LEVY-SOLAL..... } Clinique obstétricale
METZGER..... }

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine

*Qui m'a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette Thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELLÉ

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui m'a donné l'idée de cette Thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Rennes 1926-1927

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT

Stage

Paris 1927-1928

MONSIEUR LE DOCTEUR A. JOUSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND

Externat

1928-1929

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LABEY

1929-1930

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

1931

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CLERC

A MM. LES DOCTEURS A. PELLE ET M. GEORGE

Anciens Chefs de Clinique de la Faculté

*Dont l'enseignement et la bienveillance m'ont été une aide précieuse
au cours de mes études.*

Contribution à l'étude de l'Amibiase Pulmonaire

Introduction

L'amibiase pulmonaire dont on pouvait dire il y a huit années, que son nom seul provoque l'étonnement (thèse de Lautman, Paris 1923), a fait depuis l'objet de tant de publications qu'elle semble une infection relativement fréquente et mériter une place assez importante dans l'histoire des suppurations pulmonaires.

L'intérêt de son étude vient de la difficulté de son diagnostic et surtout des effets thérapeutiques étonnants de la cure émétinienne qu'il faut savoir lui opposer précocement, pour juguler une affection qui, faute d'y penser, reste toujours grave, souvent mortelle.

A l'occasion d'une observation prise dans le service du Professeur Pellé, de Rennes, nous referons rapidement l'étude clinique de l'amibiase pulmonaire, en insistant sur les formes qui risquent d'égarer le diagnostic, en particulier vers la tuberculose et nous développerons l'article thérapeutique pour faire une place aux nouveaux produits iodés des auteurs allemands et anglais, médicaments qui semblent, dans un avenir proche, devoir pren-

dre une place importante à côté de l'émétine et des arsenicaux.

Nous essaierons enfin en considérant parmi les nombreuses observations publiées, celle des cas où l'amibe n'ayant pu être mise en évidence, non plus que les antécédents dysentériques (le traitement éméтинien ayant tout de même fait merveille) de rendre un peu de sa valeur à l'émétino-diagnostic qui, dans des conditions particulières que nous préciserons, semble bien être resté la pierre de touche de l'amibiase pulmonaire.

ETIOLOGIE

Le milieu géographique est celui de la dysenterie amibienne. Il n'est plus seulement exotique: Maroc, Algérie, Syrie, Sénégal, Macédoine, Tonkin. La guerre, le service militaire accompli dans des pays infectés ont multiplié les porteurs d'amibes. Il existe aujourd'hui des foyers de dysenterie autochtone dans le Midi et le Nord de la France.

Sexe : Dans toutes les observations publiées, les malades sont des hommes.

Age : Varie de 15 à 45 ans.

Rapport avec la dysenterie. — On peut distinguer trois cas :

1° L'affection pulmonaire survient en même temps que la dysenterie;

2° L'affection pulmonaire survient chez un ancien dysentérique;

3° L'affection pulmonaire est unique, primitive sans aucun antécédent dysentérique.

Fréquence. — De plus en plus grande à mesure qu'on y pense davantage, serait plus considérable encore, si l'on considérait avec certitude comme dues à l'amibe toutes les affections pulmonaires guéries dans certaines conditions par l'émétine.

PATHOGÉNIE

Dans la grosse majorité des cas, l'amibiase pulmonaire est précédée d'amibiase intestinale. Mais comme nous y insisterons, ce stade habituel n'est pas obligatoire et l'on peut admettre une contagion se faisant de deux façons :

a) Une voie aérienne qui serait l'exception, d'ailleurs non démontrée, et à laquelle il faut penser dans certains cas, en particulier dans l'observation si curieuse de M^{me} Panayotatou.

b) Une voie vasculaire qui serait la règle. Par la voie portale jusqu'au foie et de là aux poumons par la voie lymphatique à la faveur d'adhérences entre le foie, le diaphragme, la plèvre et la base du poumon. L'amibe va créer des zones de nécrose qui, en atteignant les vaisseaux produiront des hémorragies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès pulmonaire d'origine dysentérique est généralement unique; son volume est très variable; il siège dans la majorité des cas, à la base du poumon droit.

Les lésions passent par deux stades :

a) Au début (bien étudié dans l'observation de Bunting) il n'existe pas de qualités suppuratives; il s'agit d'un foyer grisâtre encastré en plein parenchyme, limité par

une zone congestive. Au microscope on distingue quelques leucocytes et au milieu de ce tissu amorphe des débris de cellules épithéliales. Bunting y a décélé des amibes. A la limite, la paroi est formée d'alvéoles déchiquetées; un réseau de fibrine contient leucocytes, hématies, amibes;

b) Plus tard c'est le stade d'abcès.

Le tissu de nécrose se liquéfie progressivement pour aboutir à une suppuration franche et à la constitution de l'abcès. La cavité est anfractueuse contient du pus. Sa paroi est nécrotique. Les fibres élastiques déchiquetées, rompues se retrouvent raréfiées, fragmentées, réduites en grains (Rist).

Le pus est rouge chocolat mal lié, fétide, il contient des hématies, des débris de cellules, les leucocytes habituels du pus, et surtout, caractère essentiel, il est le plus souvent stérile.

ÉVOLUTION

Vers la guérison, l'abcès s'entoure d'une coque fibreuse épaisse, mais ne cicatrise pas spontanément.

Vers la nécrose progressive, l'extension se fait par étapes et le processus peut détruire peu à peu tout un lobe.

SYMPTOMATOLOGIE

DÉBUT

Le plus souvent il s'agit d'un homme de 15 à 40 ans, chez lequel, brusquement, est apparue une douleur atroce siégeant à la base de l'hémithorax droit.

Cette douleur peut présenter des irradiations variables: en avant, sous le mamelon; en haut, vers l'omoplate, dans l'aisselle. Parfois, d'ailleurs, la douleur est bien localisée, sans irradiation.

A l'interrogatoire, on apprend en général que le malade a présenté, quelques années auparavant, une dysenterie amibienne, typique, ou tout au moins qu'il a fait un séjour aux colonies. Dans les mois qui précèdent, on a fréquemment la notion d'un petit épisode pulmonaire auquel on n'a pas attaché d'importance.

La toux apparaît bientôt, légère au début. Le malade ne crache pas, l'état général est bon. Pas ou peu de fièvre.

Examen thoracique montre un minimum de signes. A peine un peu de diminution du murmure vésiculaire une submatité légère.

On ne fait pas de diagnostic, on pense à une pleurite, à un début de pleurésie.

L'état reste stationnaire, la douleur a diminué quant apparaissent la toux et surtout l'expectoration. Elle peut être d'emblée sanglante; dans d'autres cas, il peut s'agir

de crachats muco-purulents, teintés de sang, de crachats rouge-brique, de crachats brunâtres; rarement on a l'expectoration glaireuse, brunâtre, qui met sous les yeux la substance nécrotique elle-même.

Le plus souvent amicrobienne, parfois, au contraire, contenant des amibes, l'expectoration avec son caractère hémorragique est le signe essentiel de cette période.

Tout au plus, trouve-t-on à l'auscultation une zone de matité à la base droite, quelques râles.

La radioscopie, à cette période, montrera une ombre à la base droite à contours arrondis plus ou moins flous, à cause de la congestion pulmonaire environnante. Dans les cas nets, cette image est nettement séparée de celle du foie. Le reste du poumon, le poumon opposé sont normaux.

De même, les autres appareils sont normaux.

L'examen du sang peut montrer une polynucléose légère.

Si l'on pense à l'amibiase, l'émétine, à cette période, guérira le malade en quelques jours.

ÉTAT

Abandonnée à elle-même l'affection évolue vers la suppuration.

L'expectoration devient purulente, elle peut être rougeâtre, brunâtre ou chocolat.

L'état général est touché, la fièvre, les sueurs nocturnes apparaissent avec l'amaigrissement et l'anorexie qui conduisent à des recherches répétées du B. K., elles restent négatives. C'est à ce moment qu'apparaît un signe fréquent : la vomique.

La quantité de pus rejeté est variable; en général il s'agit d'une vomique massive allant parfois jusqu'à 500 grammes de pus.

C'est un pus épais et sanglant, « pus consistant qui plonge sous forme de stalactiques, jaunes, crèmeuses et épaisses dans un liquide rose, placé au-dessus d'un magma ressemblant à de la viande hachée » (Caussade et Tardieu). Deux caractères surtout peuvent-être mis en évidence pour affirmer la nature amibienne du pus :

1° La couleur chocolat, due à un mélange intime de pus et de sang;

2° L'absence de germes secondaires.

A cette période les signes physiques se sont étendus.

La matité est haute. A la palpation, le foie repoussé peut paraître abaissé. A l'auscultation, on constate que les signes de condensation pulmonaire ont augmenté. On peut avoir des signes cavitaires.

Enfin, l'examen radioscopique fait le diagnostic d'abcès pulmonaire en montrant une ombre en plein parenchyme, ombre à contours nets, soit claire, soit à ligne de niveau horizontale. Autour de cette image, le poumon est normal.

ÉVOLUTION

Abandonnée à elle-même, l'affection se prolonge, le malade voit son état décliner peu à peu, il perd ses forces, devient cachectique. La fièvre persiste, l'expectoration est toujours abondante, il peut se produire des vomiques. Enfin après un temps plus ou moins long, l'amibiase aboutit à la mort.

Traité, le malade guérit rapidement, l'action véritablement foudroyante de l'émétine le transforme en quelques jours, parfois même en quelques heures. La température tombe, l'expectoration diminue pour se tarir bientôt. Le point de côté disparaît, l'appétit revient. Les signes physiques disparaissent aussi rapidement et la radioscopie permet de suivre la régression de la cavité pulmonaire, son comblement et enfin le nettoyage complet du champ pulmonaire.

FORMES CLINIQUES

Nous avons décrit rapidement le tableau clinique le plus habituel, mais on peut rencontrer de nombreuses variantes. L'apparition des symptômes peut se faire dans un ordre différent. Le point de côté peut ne pas avoir l'acuité, la brutalité que nous lui avons assignées, l'hémoptysie peut manquer. L'expectoration peut rester banale, muco-purulente.

On a signalé des formes subaiguës plus ou moins larvées qu'il faut bien connaître.

Il existe des complications amibiennes pulmonaires aiguës purement congestives, pseudo-pneumoniques n'aboutissant pas à la suppuration, provoquant des scléroses-pulmonaires qui sont heureusement influencées par la thérapeutique.

On a surtout décrit des bronchites amibiennes qui seraient fréquentes en Egypte. (Petzetakis, Société médicale des hôpitaux, 2 novembre 1923, observation XV.) A condition d'examiner dans ces affections les crachats le plus rapidement possible, on a pu constater la présence d'amibes; ces crachats sont visqueux, glaireux; le symptôme important est l'hémoptysie qui arrête le médecin au diagnostic de tuberculose, d'autant plus qu'il n'existe pas toujours des antécédents de dysenterie et que les examens des selles sont toujours négatifs. De plus, on cherche à plusieurs reprises le B. K. sans pouvoir le mettre en évidence, et l'émétine est, dans ces cas, d'une efficacité remarquable en agissant, d'une part, sur la fièvre et les phénomènes généraux, d'autre part, sur les phénomènes locaux pulmonaires.

Pour Petzetakis la voie intra-veineuse serait préférable dans ces cas de bronchites amibiennes.

Il existe enfin — et nous y insisterons — des complications pulmonaires chroniques, variées, qui sont trop sou-

vent confondues avec la tuberculose. Au début, c'est l'hémoptysie qui, survenant chez un sujet ayant présenté récemment un épisode pulmonaire étiqueté « congestion pulmonaire », fait considérer le malade comme un bacillaire au début. A l'examen pulmonaire on trouve un minimum de signes qui n'éclairent pas le diagnostic; puis le malade traîne longtemps avec des signes généraux mal définis, des malaises, des sueurs nocturnes, une asthénie et une anorexie progressives qui rappellent l'impregnation tuberculeuse. Puis survient l'expectoration qui peut être fractionnée, faite de crachats nummulaires et semble confirmer le diagnostic. Pourtant des examens successifs de crachats montrent l'absence de bacilles de Koch. Un peu plus tard, les signes cavitaires peuvent amener à considérer une image radiologique, hydroaérique comme celle d'une caverne. Malgré tout, l'expectorato-
tino ne contient toujours pas de B. K. et enfin, alors : « l'examen physique et radiologique montre l'intégrité des sommets pulmonaires; les signes sont localisés à la base droite. La radio montre une image qui rend peu vraisemblable le diagnostic de caverne pulmonaire à cause de l'intégrité des champs pulmonaires en dehors du voisinage immédiat de la lésion. » (Pissavy, Société Médicale des hôpitaux, 27 juillet 1923.)

DIAGNOSTIC

A. Positif.

A part les cas rares où le laboratoire pourra mettre en évidence la présence d'amibes dans les crachats ou de kystes dans les selles, le diagnostic positif ne saurait pour beaucoup d'auteurs être posé de façon ferme.

Cependant, chez un malade qui a présenté brusquement une douleur vive à la base du poumon droit, avec quelques signes de condensation à ce niveau, puis consécutivement une pneumapothie très lente avec une expectoration, soit glaireuse, soit hémorragique, soit purulente amicrobienne ne contenant jamais de B. K. avec finalement une image radioscopique d'abcès pulmonaire, chez un tel malade on pourra considérer, bien que la chose soit discutée comme nous le verrons plus loin, qu'il y a les plus grandes chances, pour que l'affection soit de nature amibiasique en particulier, si on note dans les antécédents un petit phénomène intestinal, ou le plus souvent un séjour aux colonies, et si enfin le traitement émétinien donne les résultats brillants et rapides qu'il a coutume de donner dans les manifestations tant hépatiques que pulmonaires de l'amibiase.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A la période du point de côté, il ne peut être question que de névralgies intercostales, de pleurite, de début de

pleurésie, de congestion pulmonaire légère. Si l'évolution est rapide, on peut avoir à discuter la congestion pulmonaire; mais, en général, les signes physiques sont des plus nets, il existe des râles fins, un souffle et enfin des signes généraux particuliers.

La gangrène pulmonaire, mais caractère tout différent de l'expectoration, avec ses trois couches classiques, atteinte plus rapide et plus profonde de l'état général.

Les abcès du poumon dont la cause est manifestement nonamibienne : pneumocoques, spirochètes, bacilles de Friendlander. Si l'évolution est plus lente, le diagnostic peut être très difficile avec une pleurésie interlobaire, mais l'aspect de l'expectoration, son caractère amicrobien orienteront vers le diagnostic qui n'aura d'ailleurs pas à se poser très souvent si on admet que la pleurésie interlobaire est une véritable rareté.

Dans le cas d'évolution lente on s'oriente le plus souvent vers le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et en effet c'est le premier diagnostic qui s'impose devant un malade dont l'état s'aggrave lentement, qui s'anémie qui présente des sueurs nocturnes, de l'anorexie, de l'amaigrissement, une fièvre variable. Pourtant de multiples examens ne parviennent pas à mettre à l'évidence le B. K. et l'examen radioscopique montre l'intégrité des sommets pulmonaires.

Les signes radioscopiques se précisant peuvent orien-

ter vers le diagnostic de deux affections : le cancer primitif du poumon; le kyste hydatique du poumon.

Le cancer du poumon donnerait des douleurs beaucoup plus vives, des hémoptysies plus franches de sang rouge contenant parfois des cellules néoplasiques. Enfin l'évolution est plus fatalement progressive.

Le diagnostic de kyste hydatique pourrait être plus difficile; mais si l'on songe que cette affection est rare, qu'elle donne le plus souvent des signes d'intoxication hydatique, qu'elle peut être décelée par des examens de laboratoire particuliers et qu'au cours de l'évolution peut survenir une vomique hydatique, typique, on voit que le diagnostic ne saurait errer très longtemps.

THÉRAPEUTIQUE

Cette partie de l'histoire de l'amibiase pulmonaire est dominée par l'action thérapeutique étonnante et véritablement spécifique du chlorhydrate d'émétine. Action si stupéfiante que l'on a bientôt employé ce médicament et presque avec autant de bonheur, semble-t-il, dans des suppurations pulmonaires où on pensait que l'amibiase n'avait rien à voir. D'où l'on a conclu peut-être un peu hâtivement que l'action de l'émétine n'avait rien de spécifique et que s'il fallait penser à faire de l'émétine dans toutes les suppurations pulmonaires chroniques ne faisant pas leur preuve, on devait renoncer à faire de l'émé-

tino-diagnostic la véritable pierre de touche de l'amibiase pulmonaire. c'est alors que l'on a émis plusieurs hypothèses, pour expliquer l'action de ce médicament.

Dès l'abord nous pouvons admettre, avec presque tous les auteurs, que certains abcès du poumon pouvant guérir spontanément, l'administration de l'émétine a simplement coïncidé dans quelques cas heureux avec un processus naturel de guérison, et pourtant (observation II), même dans ces cas, l'amélioration est si rapide, si frappante, l'examen radioscopique montre une telle régression de la cavité abcédée sans évacuation de pus par vomique, que la guérison spontanée semble bien improbable.

Dans les cas chroniques, au contraire, sans tendance à la guérison et où on observe une évolution clinique semblable à celle que nous avons décrite, en particulier si on note dans les antécédents, un séjour aux colonies, on peut, même s'il est impossible de mettre en évidence l'amibe ou un phénomène intestinal antérieur, conclure de l'action précoce, rapide, totale et durable de l'émétine à la nature amibiasique de l'affection, tellement l'effet du médicament est superposable, dans ces cas, à son effet dans d'autres cas, où l'amibiase est indiscutable.

On ne peut, en effet, manquer d'être frappé par le fait que l'action se manifeste parfois intensément trois heures après la première injection, ou bien encore que

tous les symptômes s'amendent considérablement par l'émétine pour reprendre de nouveau si on cesse le médicament et disparaître encore à la première reprise du traitement. (Observation III.)

Si l'action de l'émétine est absolument nulle dans certains abcès pulmonaires, il est évident que l'on a aussi obtenu de très bons résultats en employant l'émétine dans des suppurations pulmonaires non amibiennes, mais il s'agit le plus souvent que le spirochete soit en cause (Albot et Michaux, *Presse Médicale*, 2 mai 1930), ou une association fuso-spirillaire (Theoari et Parassidi, *Presse Médicale*, 11 juillet 1930), d'amélioration tardive et le plus souvent lente, incomplète. D'autres auteurs ont admis que l'émétine améliore la bronchite fétide, diminue la toux, fait disparaître les crachats, mais ne guérit pas l'abcès du poulmon (Nubert et Branisteau, *Presse Médicale*, 29 janvier 1930). De sorte qu'on peut admettre qu'il n'est pas impossible de concevoir que l'émétine ait une action favorable sur d'autres suppurations que les suppurations amibiennes, soit comme pour certains auteurs (Yagnow, *Annales de Médecine*), en provoquant l'apparition dans le sang d'agglutinines qui aideraient l'organisme à se défendre contre l'affection, soit comme pour d'autres auteurs, que l'émétine ait une action spécifique contre des germes inconnus qui seraient la cause de l'infection. Quoiqu'il en soit, nous pensons que l'action pré-

coce, rapide, totale, durable de l'émétine contre une sup-
puration pulmonaire, chronique, qui ne fait pas sa preu-
ve, est un argument péremptoire en faveur de l'origine
amibiasique de cette affection et qu'en tout cas il faut
conclure au devoir impérieux de tenter le traitement
émétinien d'épreuve en présence de tout abcès pulmo-
naire dont la cause reste obscure, même en l'absence de
toute présomption clinique d'amibiase.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le chlorydrate d'émétine possède une action puissante
et vraiment spécifique sur l'amibe.

Le résultat est merveilleusement rapide, l'émétine agit
dans 24, 48 heures. Le malade, débarrassé de ses symptô-
mes gênants, ne doit pas être considéré comm guéri, il
est seulement blanchi, il est passible de rechute.

L'émétine détruit l'amibe, mais cette dernière s'en-
kyste pour résister. Il importe de savoir que les kystes
amibiens ne sont aucunement influencés par ce produit,
ils peuvent pourtant donner naissance à de nouvelles
amibes, susceptibles de provoquer d'autres complica-
tions.

Il apparaît donc comme une nécessité impérieuse :

a) De multiplier les cures d'émétine pour détruire les
nouvelles amibes ;

b) De lutter pour la destruction des kystes. Dans cette

lutte particulièrement difficile, deux autres médicaments semblent victorieux : les arsenicaux et les iodiques.

Éméline. — *Mode d'emploi et dose.* — Il importe de recourir d'emblée à des doses fortes. Le traitement consiste en injections sous-cutanées de 8 centigrammes par jour en deux fois pendant 6 à 10 jours par mois. Il est bon de ne pas dépasser 60 à 80 centigrammes pour une cure et d'y associer des injections d'huile camphrée à cause de l'asthénie cardio-vasculaire possible. Cette cure doit être renouvelée pendant plusieurs mois, en se rappelant toujours qu'il ne faut pas dépasser un gramme.

Médicaments arsenicaux. — L'arsenic, grand médicament de toutes les affections parasitaires ne manque pas d'agir très efficacement dans l'amibiase pulmonaire. Il a une action nette sur les kystes qui sont des formes de résistance de l'amibe. Les principaux arsenicaux employés à ce point de vue sont :

a) Le novarsenobenzol. Il possède les propriétés anti-amibiennes et anti-kystiques; on l'associera donc avec fruit à l'émétine. Ravaut conseille la technique suivante qui donne les meilleurs résultats :

Il pratique une série de 10 injections de 0 gr. 30 de novarsenobenzol à 4 jours d'intervalle. Entre chaque injection il fait de l'émétine sous la peau à la dose de

4 centigrammes deux fois par jour, jusqu'à concurrence de 0 gr. 80.

b) Stovarsol et treparsol. On pourra recourir au stovarsol et au treparsol à raison de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, par doses fractionnées; ces médicaments seront administrés pendant 4 jours par semaine pendant 4 à 6 semaines. On fera ainsi une série de cures séparées par des intervalles d'un mois. L'arsenic n'est et ne doit être qu'un adjuvant au traitement émétinique et ne peut en aucun cas lui être substitué.

3° Médicaments iodés. Ils ont été employés systématiquement dans ces dernières années par les auteurs allemands, brésiliens, hollandais, anglais sous forme d'un produit dénommé le yatrène.

L'iode est déjà utilisée dans la formule de l'iodure double d'émétiqe et de bismuth, très en faveur auprès des médecins anglais, mais dont la tolérance paraît assez mal déterminée.

Ravaut signale la solution de Lugol comme adjuvant de la cure émétino-arsenicale de l'amibiase, mais c'est à notre connaissance les seules mentions que l'on puisse faire des composés iodés en dehors du yatrène.

Le yatrène a d'abord été employé dans les dysenteries aiguës et c'est là qu'il déploie son maximum d'effets, mais il a aussi une action incontestable dans l'amibiase chronique où il est comme ailleurs efficace et sans dan-

ger. Il faut l'employer couramment à côté de médications classiques et lui reconnaître une double action : élective, laxative.

Il s'emploie en pilules de 0 gr. 25 à raison de 6 à 8 par jour à dose graduellement croissante. La cure dure en principe 6 à 7 jours et peut-être renouvelée après un repos d'une semaine à cause de l'action laxative du yatrène, il sera bon de lui associer deux fois 15 gouttes par jour d'élixir parégorique. L'action sur les kystes serait remarquablement rapide et c'est ce qui constitue l'intérêt de ce produit nouveau.

RÉSULTAT DU TRAITEMENT MÉDICAL

Les résultats obtenus sont toujours très rapides; en règle générale l'amélioration se produit dès les premières injections d'émétine, la guérison est totale à la fin de la série. Pour juger de l'amélioration on se fondera surtout sur les modifications de l'expectoration, la disparition des signes physiques et les modifications de l'image radioscopique.

Les malades ainsi traités se transforment littéralement et on a l'impression nette de les ramener à la vie alors que cette affection les conduirait vers une issue fatale. Le résultat est du même ordre avec la même thérapeutique adoptée aux diverses formes cliniques de l'amiabiose pulmonaire.

Il ne faut pas oublier que dans la plupart des cas il s'agit d'une maladie chronique, susceptible de poussées évolutives nouvelles, il importe donc de pratiquer une série de cures où on associera : chlorydrate d'émétine novarrens benzol et yatrène.

Traitement chirurgical. — Dans l'immense majorité des cas, le traitement médical suffit pour amener la guérison avec restitution intégrale du tissu pulmonaire. L'intervention sanglante a été longtemps considérée comme la seule susceptible d'apporter la guérison; aujourd'hui elle est considérée comme l'exception.

Malgré tout, nous serons toujours dans l'obligation d'évacuer une collection purulente mal drainée, ainsi qu'une collection envahie par les microbes d'infection secondaire. Il faut opérer aussi les abcès volumineux se drainant mal, infectés, avec état général mauvais. Mais il faut bien savoir que les interventions chirurgicales sont graves et qu'elles exposent à des hémorragies mortelles; elles doivent toujours être accompagnées du traitement médical, le seul qui puisse guérir définitivement. Parmi les divers procédés chirurgicaux, il faut noter : le pneumo-thorax thérapeutique qui donne d'excellents résultats, en particulier pour combattre les hémorragies trop abondantes. Il peut en outre contribuer à favoriser la guérison d'une grosse excavation pulmonaire toujours longue à se combler. Malheureusement il est souvent

impossible à cause des adhérences pleurales qui sont la règle dans cette affection.

En définitive, le traitement chirurgical pleuro-pneumotomie doit être réservé aux seuls cas d'amibiase pulmonaire, négligés ou méconnus; il faut encore y recourir contre les abcès ayant eu le temps de s'infecter secondairement ou d'acquérir un volume tel que leur évacuation spontanée ne puisse s'effectuer complètement avec la stérilisation de l'amibe par l'émétine. Le diagnostic de l'amibiase pulmonaire peut et doit être aujourd'hui porté avant que le traitement chirurgical ne soit indiqué.

Un certain nombre de traitement pourront aussi être employés : ce sont ceux qui sont préconisés d'une façon générale contre les suppurations pulmonaires. On a signalé d'heureux résultats de la cure de soif, de la cure posturale et de la bronchoscopie de Chevallier Jackson.

Observations

OBSERVATION I

Le malade, un homme de 25 ans, nous apprend que le début de son affection pulmonaire remonte à la fin de septembre. C'est depuis cette époque qu'il tousse d'une façon persistante. Au bout d'une semaine, au cours d'un effort relativement léger, il est surpris par une douleur assez vive au niveau du sein droit et par des crachats nettement sanglants. Il n'interrompt pas son travail malgré la douleur qui se fait cependant de plus en plus intense.

Il ne consulte pour la première fois que trois semaines après le début de sa maladie. Son médecin traitant l'examine minutieusement et nous donne les renseignements suivants :

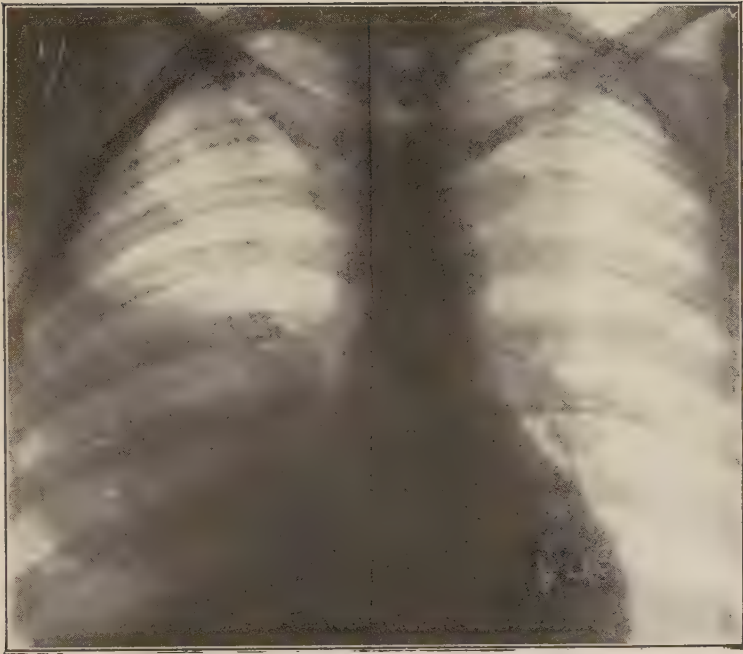
Il se trouve en présence d'un malade aux traits tirés, au visage fatigué et amaigri, les pommettes sont rouges; une respiration haletante « achève de lui donner l'aspect d'un tuberculeux », opinion renforcée par la persistance d'une toux avec expectoration hémoptoïque abondante (250 à 300 gr. par 24 heures).

A cette époque l'examen physique donne seulement une « légère submatité » de la base droite, sans bruits adventices, le murmure vésiculaire étant simplement un peu affaibli. On complète l'examen par une exploration radioscopique qui montre « une opacité homogène de toute la partie inférieure du poumon droit, avec un niveau supérieur légèrement convexe s'élevant à trois travers de doigts au-dessus du mamelon, le sommet étant parfaitement transparent ainsi que le champ pulmonaire gauche ».

Pour confirmer le diagnostic de lésions tuberculeuses, on pratique un examen bactériologique de l'expectoration dans laquelle on ne découvre pas de B. K. même après homogénéisation, mais une flore polymicrobienne complexe où dominent des diplocoques à Gram positif ressemblant au pneumocoque. Il y a des cellules de pus, de nombreuses hématies et des éléments particuliers qu'on prend pour des levures.

On conclut à une affection pulmonaire où le pneumocoque semble l'agent pathogène.

On institue une thérapeutique de vaccination antipneumococcique qui semble apporter une légère amélioration des signes fonctionnels. Mais l'expectoration reprend et devient de plus en plus abondante. Elle ne contient toujours pas de B. K. après des examens répétés. Cepen-



Volumineux abcès de la base droite
avant le traitement par l'émétine
présence d'amibes dans l'expectoration

FIG. N° 1

dant, l'état général décline et la température oscille entre 37°5 et 38°5.

Nous arrivons au milieu de décembre avec un état général inquiétant, une toux incessante, fatigante, avec une expectoration de plus en plus abondante, des hémoptysies qui se renouvellent fréquemment. Notre malade a perdu près de 20 kilos depuis le mois de septembre.

Le malade rentre à l'Hôtel-Dieu le 28 décembre 1928. L'interrogatoire est difficile, le malade est fatigué, très dyspnéique. Il a toujours été bien portant jusqu'en mai 1924, époque où il a été hospitalisé pour des accès de paludisme. Il n'a jamais eu la moindre indisposition depuis sa démobilisation jusqu'en septembre dernier.

L'examen physique ne nous révèle que les symptômes signalés par son médecin : une submatité du tiers inférieur du poumon droit où le murmure vésiculaire est simplement diminué et quelques râles discrets, provoqués par la toux.

L'examen radioscopique nous montre une volumineuse masse hydro-aérique, occupant presque la moitié inférieure du poumon droit. Le niveau liquide est horizontal et présente le phénomène de la succession hyppocratique visible. Il s'agissait d'une ombre circulaire à contours nets autour de laquelle subsistait la clarté pulmonaire. Le cul-de-sac costodiaphragmatique était clair, les mouvements de l'hmdidiaphragme étaient simplement

d'amplitude un peu diminuée. Le foie était de dimensions normales, non douloureux; aucun symptôme anormal de l'appareil digestif.

En présence de cette volumineuse collection hydro-aérique avec des hémoptysies abondantes et répétées; nous conseillons le pneumothorax comme la thérapeutique la moins shockante chez un malade dont l'état général était très déficient, thérapeutique susceptible si elle était réalisable d'arrêter les hémoptysies qui pouvaient devenir fatales.

Les symptômes stéthacoustiques restent toujours discrets. L'image radiographique est toujours à contours circulaires mais ne présente plus de niveau liquidien horizontal.

L'expectoration est très abondante; elle dépasse 500 grammes par 24 heures, elle est fétide, et incommode le malade et son entourage. Cette fétidité avait déjà été remarquée par l'intéressé à plusieurs reprises pendant le mois de décembre.

La couleur spéciale chocolat de cette expectoration qui ne contient pas de B. K., la forme arrondie des contours de l'ombre radiographique, sa situation dans le poumon droit, nous font penser à la possibilité d'un abcès amibien du poumon et dans les préparations extemporanées que nous avons faites, nous avons cru trouver des amibés.

En même temps, le malade nous apprenait que pendant son hospitalisation en mai 1924, pour paludisme, il avait été traité pour une « diarrhée avec glaires et sang ». Il s'agissait d'une dysenterie amibienne qui avait d'ailleurs rapidement cédé à des piqûres d'émétine.

Nous étions donc bien en présence d'un abcès amibien pulmonaire survenant quatre ans et demi après une dysenterie amibienne qui n'a jamais récidivé pendant cette longue période.

Un examen de l'expectoration fraîche montre des amibes caractéristiques qui venaient apporter la preuve de la nature véritable de l'abcès pulmonaire.

Nous avons le matin même réalisé un pneumothorax d'urgence contre les hémoptysies abondantes; mais le soir, nous soumettions notre malade à une cure émétinique que nous avons continuée chaque jour pendant dix jours à la dose quotidienne de 8 centigrammes.

L'expectoration a présenté les mêmes caractères de persistance et d'abondance pendant quatre jours, cependant que l'examen radioscopique nous montrait la baisse régulière du niveau liquidien dans l'énorme caverne pulmonaire qui s'est complètement desséchée au bout de six jours, grâce au traitement combiné de l'émétine spécifique contre l'amibe et du pneumothorax institué contre des hémoptysies menaçantes et qui provoquent la compression et l'affaissement de l'excavation.

L'expectoration a complètement disparu le sixième jour du traitement ainsi que la toux. Ces résultats se maintiennent, le malade retrouve son appétit qui lui permet de lutter contre son anémie inquiétante et de faire remonter son poids.

Ainsi donc ce volumineux abcès qui s'était manifesté par des symptômes si violents et qui menaçait d'évoluer vers une issue fatale était rapidement arrêté dans son évolution. Mais l'amibiase n'était pas guérie. Nous avons trouvé dans les selles de nombreux kystes amibiens qui sont des formes de résistance.

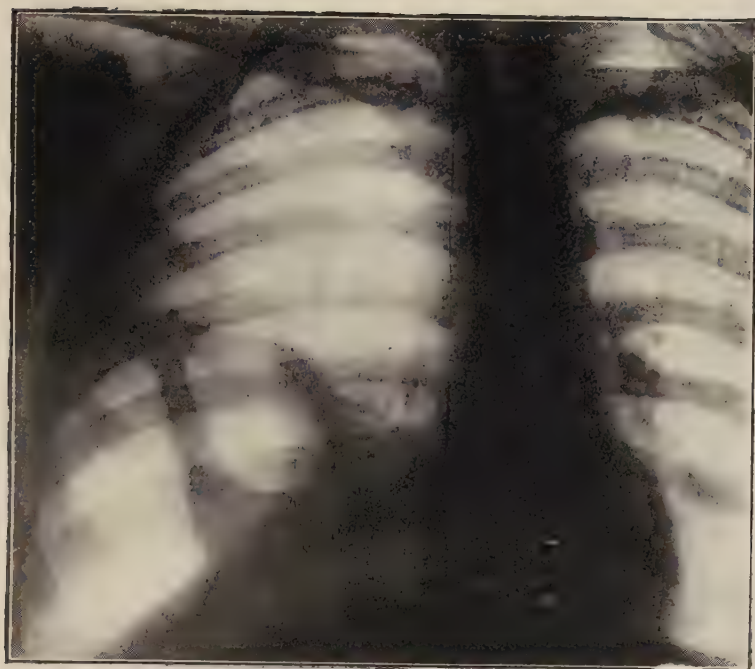
L'émétine, alcaloïde de l'ipéca qui a une action si remarquablement rapide contre l'amibe qui est détruite en 24, 48 heures, a une action à peu près nulle contre les kystes.

Nous avons, grâce à l'émétine, blanchi notre malade en détruisant ses amibes; mais il nous reste pour obtenir la guérison complète à détruire les kystes amibiens, susceptibles de donner des amibes nouvelles, pathogènes, capables de provoquer d'autres complications.

Il importe donc de lutter désormais :

1° Contre des nouvelles amibes susceptibles de se reproduire par intermittence par des cures fréquemment renouvelées d'émétine.

2° Contre les kystes, formations beaucoup plus résis-



Abcès amibien
au neuvième jour du traitement par l'émétine
poche de l'abcès complètement asséchée
et considérablement réduite de volume

FIG. N° 2

tantes mais qui semble heureusement influencés par le novarsénobenzol.

On peut à ce point de vue employer la technique Ravaut : quatre injections de novar (0 gr. 30) à quatre jours d'intervalle, chacun des trois jours intermédiaires : 4, 6, 8 centigrammes d'émétine jusqu'à la sixième injection.

Continuer le 914 sans émétine jusqu'à la sixième injection.

Quatre injections de 914 sont alors associées de nouveau à l'émétine.

On fera une série de cures semblables séparées par des périodes de repos d'un mois.

Après ce traitement de blanchiment on continuera pour assurer la guérison définitive de l'amibiase (tant intestinale que pulmonaire) par un traitement d'entretien, par exemple : trois injections de novar et neuf d'émétine, intercalées entre les deux premières.

On ne dépassera pas 0 gr. 80 d'émétine par séries.

3° On continuera pendant quelque temps l'affaîssement pulmonaire en entretenant le pneumothorax qui en comprimant la caverne favorisera sa cicatrisation. Nous ne connaissons pas d'observation où il ait été employé. Mais on a constaté que le pneumothorax créé par l'ouverture chirurgicale de la plèvre a aidé à guérir le malade.

OBSERVATION II

*(Lacderich et Poumeau-Delille, Société Médicale
des Hôpitaux, 15 février 1929.)*

V..., 46 ans, entre à l'hôpital le 15 novembre pour un épisode pulmonaire aigu. Il a été pris deux jours auparavant de frissons, de fièvre, d'un violent point de côté, point situé à droite, température 39°8. L'examen de l'appareil respiratoire ne permet de découvrir aucun foyer congestif. Légère submatité du sommet droit.

Malade déjà hospitalisé quelques mois auparavant pour crise de délire alcoolique. A cette époque il avait eu une légère bronchite.

En présence de l'épisode actuel nous pensons qu'il s'agit d'une bronchite aiguë banale. Recherche du B. K. se montre négative. La température se maintient autour de 39°, le malade est abattu et s'amaigrit.

Le 25 novembre, examen radioscopique qui montre une image typique d'abcès pulmonaire avec niveau liquidien horizontal et mobile. Le reste du parenchyme est sain. Nous cherchons à connaître la nature de cet abcès et surtout à dépister l'amibiase. Le malade a séjourné deux ans en Algérie, mais il ne se souvient d'aucun épisode dysentérique.

L'examen de ses crachats ne permet d'y découvrir ni amibes ni kystes.

Malgré ces résultats négatifs, nous décidons d'instituer un traitement émetinique d'essai. Le malade reçoit en neuf jours 0 gr. 84 d'émétine en injections intra-veineuses. Le malade accuse immédiatement un mieux-être remarquable : en quelques jours, la toux et l'expectoration disparaissent, l'état général est excellent, le poids augmente. Une radiographie pratiquée le lendemain de la neuvième injection d'émétine montre une diminution extraordinaire de l'abcès.

Une seconde série d'émétine est faite du 28 décembre au 6 janvier et la dernière radiographie ne montre plus après ce traitement qu'une petite clarté arrondie à peine du volume d'une cerise au sein d'un parenchyme normal.

Le malade se trouve parfaitement rétabli et quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

*(Brule, Laporte et Ragu, Société Médicale des Hôpitaux
31 mai 1929.)*

M..., mécanicien, 56 ans, entre à l'hôpital pour toux, expectoration fétide apparues trois ou quatre jours avant son entrée. Depuis deux mois, à deux ou trois reprises, point douloureux thoracique assez violent à la partie moyenne du poumon droit. Le 3 décembre, douleur thoracique intense à droite qui disparaît bientôt aussi brusquement qu'elle est apparue. Le malade maigrit, bientôt

apparaît une expectoration fétide. Dans les antécédents : un séjour en Afrique du Nord sans troubles intestinaux.

A l'examen le malade, bien que sa température ne dépasse pas 37°5, donne l'impression d'être atteint d'une affection pulmonaire sévère : crachats mucopurulents, nettement fétides. Seule la radiographie devait permettre de préciser la nature de la pneumopathie et montrait à la partie moyenne du poumon droit un volumineux abcès de la grosseur d'une orange.

Le 5 janvier, on pratique une injection sous-cutanée de 0 gr. 06 de chl. d'émétine et l'on continue ces injections pendant quatre jours.

Presque immédiatement une amélioration très nette se manifeste, la fétidité des crachats disparaît, l'expectoration devient à la fois plus facile et moins abondante, l'appétit reparait. Le poids augmente, le malade est véritablement transformé après la sixième piqûre et une radiographie montre une rétrocession considérable de l'abcès pulmonaire. Une troisième radiographie trois jours plus tard ne montre plus qu'une ombre elliptique de la grosseur d'un haricot.

Le 15 février, deux à trois crachats fétides reparaissent et le malade rentre aussitôt à l'hôpital. Il reçoit sans amélioration deux injections de sulforsenol, on reprend l'émétine et cette petite rechute est définitivement enrayée.

OBSERVATION IV

(Lemierre et Kourilsky, *Société Médicale des Hôpitaux*,
20 janvier 1928.)

M..., 45 ans, vu le 28 mai 1927, atteint depuis trois mois de troubles pulmonaires; au mois de décembre 1926, point de côté de la base droite, douleur peu violente mais tenace, fièvre modérée, ni toux ni expectoration. On porte le diagnostic de congestion pulmonaire de la base droite.

De semaine en semaine cette affection pulmonaire persiste, sans la moindre ébauche de résolution avec un amaigrissement régulier. Au bout de 2 mois, brusquement se produisit une vomique isolée et modérée dans son volume. Pendant trois semaines, le malade reçoit des injections sous-cutanées d'un produit qu'il ne peut nommer, et quinze jours avant son admission à l'hôpital une poussée violente de fièvre et d'expectoration se déclina: crachats verdâtres muco-purulents fétides. Après un examen radiologique ont fait le diagnostic de pleurésie interlobaire.

A l'entrée à l'hôpital est en assez bon état, mais le faciès tiré un peu terreux, blafard, trahissait l'infection, signes fonctionnels importants, toux quinteuse, expectoration muco-purulente fétide.

Matité considérable de l'hémithorax droit.

A l'examen radiologique on constate dans l'hémithorax droit la présence d'une énorme collection hydro-aérique avec une réaction pleurale de la grande cavité à sa base.

On décide de faire une ponction, après plusieurs tentatives infructueuses, on retire du gaz fétide et un pus épais, crèmeux, jaune verdâtre complètement inodore. Le laboratoire montre que le pus est complètement stérile. Le malade interrogé nous apprend qu'il avait fait campagne à l'armée d'Orient mais n'avait jamais souffert d'aucun accident intestinal.

Des recherches d'amibes furent faites sans succès dans les selles et le pus de l'abcès.

On décide malgré tout de tenter pendant quelques jours un traitement d'épreuve à l'émétine. On fait quatre injections quotidiennes de chlorydrate d'émétine.

Amélioration étonnante par sa rapidité. Malade se transforme, reprend des forces, son poids augmente. Aucune vomique ne survient, puis les crachats subirent une baisse soudaine de la quantité pour se tarir progressivement.

Dès le deuxième jour, leur fétidité avait disparu.

L'examen radiologique montra, après cinq jours de traitement, une transformation stupéfiante; toute trace de niveau avait disparu.

Le traitement fut parachevé par une cure d'arsenic de

trois semaines qui fut reprise après trois semaines de repos.

L'amélioration radiologique ne cessa de progresser. En octobre 1927, cliniquement et radiologiquement la certitude de la guérison est atteinte.

OBSERVATION V

(*Emile Weil et Lamy, Société Médicale des Hôpitaux,*
17 octobre 1924)

B..., 36 ans, entre à l'hôpital le 31 mai 1914 pour toux, point de côté et fièvre. A l'examen nous trouvons un homme vigoureux, peu amaigri, nettement dyspneïque. Examen pulmonaire donne peu de renseignements, tout au plus une légère diminution du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit.

Quelques crachats muco-purulents.

Le 6, le malade a une véritable vomique fractionnée et rejette dans la journée 150 c. c. environ de crachats purulents. Ils contiennent peu de germes, pas de B. K. Un examen radioscopique montre le lendemain dans l'hémithorax droit une image claire entourée d'un cercle sombre, avec une ligne de niveau horizontale; on porte le diagnostic d'abcès du poumon et le lendemain on fait une tentative de pneumothorax artificiel. Celui-ci ne peut être réalisé à cause du non décollement de la plèvre. L'état du malade reste stationnaire. On l'interroge et il

nous apprend qu'il a séjourné quatre mois en Algérie et a présenté à cette époque une crise de diarrhée qui a guéri spontanément.

Recherche des amibes plusieurs fois négative.

Le 12 juin, le malade est mis à l'émétine. Amélioration manifeste, la fièvre tombe, les signes généraux s'amendent; après dix jours le malade est complètement guéri.

Sous l'écran on ne voit qu'une petite tache opaque. A ce moment, la guérison se complète rapidement et le malade quitte le service trois semaines après le traitement, complètement guéri. Le malade est revu, la guérison reste parfaite.

OBSERVATION VI

*(Brûlé et Hillemand, Société Médicale des Hôpitaux,
7 novembre 1924.)*

C..., 16 ans, entre le 4 octobre à l'hôpital; dans ses antécédents rien d'autre qu'un épisode aigu, fébrile, étiqueté congestion pulmonaire quelques mois auparavant.

Pris brusquement le 3 octobre de frissons répétés avec claquement de dents. Température 40°, pouls 120. Point de côté droit intense, toux, pas d'expectoration. Auscultation négative, hémoculture négative. Dans la nuit du 4 au 5, vomique caractéristique. Le pus est épais, verdâtre, contient une véritable flore microbienne, pas de

B. K. Température reste en plateau entre 40 et 41°. Le 6 octobre, la radioscopie montre à la base du poumon droit une ombre arrondie, régulière autour de laquelle le parenchyme est normal.

L'auscultation montre à ce niveau des signes cavitaires : souffle, gargouillement. Lencocytose avec polynucléose. On porte le diagnostic d'abcès du poumon. A midi on pratique une injection sous-cutanée de 0 gr. 08 de chlorydrate émétine. Le soir même température 37°, état général très amélioré, on continue par cinq injections. L'expectoration se tarit. La radio montre une diminution nette du volume de l'abcès; l'état général se remonte rapidement.

Le malade quitte le service complètement guéri le 12 novembre 1913. Le malade n'a jamais été en contact avec des dysentériques, n'a jamais eu de troubles intestinaux. Recherche des amibes négative.

OBSERVATION VII

*Dargein et Doré (Société médicale des hôpitaux,
3 avril 1925)*

X..., 43 ans, entre à l'hôpital le 22 décembre 1924 pour congestion pulmonaire double. A son arrivée, on constate des signes de pneumonie localisés à la partie inférieure du poumon gauche, ni toux, ni expectoration, fièvre modérée. Le 27 décembre, signe de pleurésie réactionnelle confirmée par la ponction exploratrice.

Le 28 décembre, crachats sanglants rouge brique; pas de B. K. mais flore microbienne banale. Une radioscopie montre une ombre opaque ovalaire paraissant plutôt pulmonaire semblant correspondre à une tumeur ou une collection enkystée dans la 1/2 inf. du poumon gauche.

Le 1^{er} janvier, traitement émétinique à 0 gr. 08 par jour pendant quatre jours et à 0 gr. 04 pendant quatre autres jours. 48 heures après la première injection, on note une absence totale d'expectoration et la chute de la température. Signes stethaconstiques persistent toujours limités à gauche, en la largeur d'une paume de main. Dans la nuit du 11 au 12 janvier, quatre jours après le traitement émétinique, vomique peu abondante d'un liquide brun rougeâtre non sanglant. On recommence l'émétine et le lendemain la vomique a cessé complètement. Les signes d'auscultation diminuent. A l'écran la zone de l'abcès est moins nette. Le 3 février, après accalmie de trois semaines, le malade expectore le matin au réveil quelques crachats chocolat; on n'y trouve pas d'amibes. Emétine reprise aussitôt et on observe les mêmes et rapides effets: l'expectoration cesse, dès le lendemain on complète par le stovarsol.

Le 10 mars exactement, plus de signes stethocospiques. La radio ne révèle plus de poche intraparenchymateuse. L'expectoration ne s'est plus reproduite.

Séjour à Corfou et à Toulon, aucun antécédent dysentérique.

OBSERVATION VIII

Marcel Labbé (Presse Médicale, 23 juillet 1930)

En décembre 1929, survient chez M. R. un point de côté, dans l'aisselle et la région de l'épaule gauche, température monte à 38°5, rien d'anormal à l'auscultation, ni à la percussion, les premiers jours, cependant l'haleine est fétide, le malade a quelques crachats purulents, l'expectoration augmente bientôt et atteint 300 gr. par jour; elle contient des bactéries à type de pneumocoque, pas de spirochètes, pas d'amibes, pas de bacilles de Koch. Hyperleucocytose, avec polynucléose; examen radiologique du poumon gauche est effectué le 12 décembre, il montre une cavité arrondie, un niveau liquide de la dimension d'une mandarine situé dans le lobe supérieur du poumon gauche. Une ponction exploratrice permet de pénétrer dans la poche, mais non de retirer du pus, la seringue se remplit de gaz fétides; traitement banal ne donne aucune amélioration; une seconde radiographie montre une augmentation de la cavité de l'abcès, dans les antécédents, voyage en Algérie avec entérite qui n'a jamais guérie depuis. Les selles ne contiennent pas d'amibe; on essaie l'émétine à la dose de 8 centigrammes par jour,

pendant 6 jours; l'effet produit est remarquable, la température tombe du jour au lendemain, l'expectoration diminue rapidement pour se tarir au bout d'une semaine; la fétidité de l'haleine disparaît, l'appétit revient, le sujet reprend des forces de jour en jour; 15 jours plus tard, l'amélioration est considérable, le sujet est en convalescence; la température est normale, l'expectoration est nulle, les signes stéthoscopiques ont disparu, une quatrième radiographie faite le 15 janvier 1930 montre une image de lésion pulmonaire qui s'efface de plus en plus; il n'y a plus qu'un demi-cercle à peine visible. Les forces sont revenues.

OBSERVATION IX

Nurbert et Branisteau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

M., 29 ans, entre le 6 mars 1929, pour température, toux et expectoration fétide. Aucun antécédent dysentérique, malade depuis deux mois; le 2 mars, petite vomique. A l'examen, haleine fétide, malade amaigri, la température ne dépasse pas 38°4 le soir.

Poumon. — A gauche rien, à droite matité, de l'espace interscapulo vertébral, continuée jusqu'à la base du poumon par une légère sous-matité. Radio montre dans le lobe inférieur du poumon droit, une ombre à forme régulière, cylindrique qui se confond avec le Hile pulmonaire dans sa partie interne. En cette ombre, un niveau horizon-

tal surplombé d'une poche à air. On fait le diagnostic d'abcès pulmonaire, sécrétion muco-purulente fétide de 600 c3 dans la journée du 7 mars. On fait quatre jours de traitement banal; pas d'amélioration. Le cinquième jour, deux centigrammes d'émétine; le lendemain, la fétidité a considérablement diminuée. On continue le traitement; le troisième jour, la fétidité a disparu; le 25 mars, le malade est complètement guéri, la radio montre un poumon absolument normal.

OBSERVATION X

Nurbert et Branisteau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

R., 55 ans, malade depuis quatre semaines environ; début brusque température, frissons et point de côté dans la région suscapulaire gauche; depuis deux semaines, abondance d'expectorations fétides. La radioscopie montre un abcès pulmonaire du lobe pulmonaire gauche; pendant trois jours médication banale qui ne donne aucun résultat. On pratique le quatrième une piqûre de deux centigrammes de chlorydrate d'émétine; on continue le traitement pendant dix jours. La fétidité disparaît complètement, les crachats diminuent sans disparaître, l'abcès reste le même malgré le traitement.

OBSERVATION XI

Nurbert et Branisteau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

P., 54 ans, entre à l'hôpital le 29 octobre 1928, pour toux, fièvre; aucun antécédent dysentérique. Par le traitement au chlorhydrate d'émétine, la fétidité s'atténue, les autres phénomènes s'améliorent.

OBSERVATION XII

Nurbert et Branisteau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

J. vient à l'hôpital le 18 mai 1928 pour fièvre, toux et expectoration fétide, aucun antécédent dysentérique à l'examen du poumon; signe de sclérose pulmonaire et de bronchite. La fétidité disparaît par les injections d'émétine et crachats et toux diminuent.

OBSERVATION XIII

Nurbert et Branisteau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

F., 17 ans, vient à l'hôpital le 18 avril 1929 pour toux avec expectoration abondante et fétide. Il a eu le paludisme à 12 ans, jamais de dysenterie. Depuis novembre 1928, toux fréquente et expectoration abondante et fétide. En décembre, expectoration atteint 300 centimètres cubes par 24 heures. Examen de l'appareil respiratoire: montre des signes de sclérose pulmonaire, de bronchite avec quel-

ques frottements pleuraux. L'émétine fait disparaître complètement la fétidité des crachats, la quantité en restant la même.

OBSERVATION XIV

Nurbert et Branistèau (Presse Médicale, 29 janvier 1930)

F., âgé de 60 ans, entre le 6 février 1928 avec toux et expectoration abondante et fétide; rien à noter dans les antécédents. Appareil respiratoire, poumon droit, matité suspendue, dans les troisième et quatrième espaces intercostaux; en bas sous-matité jusqu'à la base. A l'auscultation, murmure vésiculaire très diminué dans la zone de matité; les examens radioscopiques ne peuvent pas affirmer le diagnostic d'abcès pulmonaire, ni celui de pleurésie interlobaire. Mis au traitement du chlorhydrate d'émétine, la fétidité diminue, de même que la quantité des crachats; la toux s'améliore.

OBSERVATION XV

*Petzetakis (Société Médicale des hôpitaux,
2 novembre 1923)*

I., ouvrier indigène, consulte le 13 juillet pour hémoptysie; depuis quelque temps diminution des forces, toux, expectoration. Aucun ascendant dysentérique. A l'examen, le thorax est bien développé, rien de particulier au

sommet, température 37°2; le malade expectore trois petits crachats glaireux avec du sang rouge; nous trouvons des amibes vivantes, pas de B. K. Le 14 juillet, injection intra-veineuse de 6 centigrammes d'émétine; le 16, le malade va beaucoup mieux, ne crache plus de sang; injection intra-musculaire de 6 centigrammes d'émétine; le malade sort et ne se représente plus à l'hôpital.

OBSERVATION XVI

*A. Lévie-Valensi et Et. Curtillat (Algérie Médicale,
octobre 1931)*

G., 66 ans, hospitalisé le 21 juillet 1930, pour un état de faiblesse progressive; dans les antécédents, un paludisme contracté à l'âge de 35 ans, pas de dysentérie; cet homme se sent fatigué depuis trois mois; il n'attribue que peu d'importance à un état pulmonaire aigu survenu un mois auparavant et qu'il pense n'avoir été qu'une de ces poussées fréquentes de bronchite dont il a l'habitude. Pourtant cette bronchite s'est accompagnée d'un point de côté droit, ainsi qu'à un moment donné d'une expectoration très abondante. L'examen montre un malade amaigri et profondément anémié; le pouls est régulier, l'expectoration est abondante, nummulaire, signes de sclérose pulmonaire diffuse avec sibilances et vers la partie moyenne du poumon droit, quelques frottements. L'examen de sang montre une hyperleucocytose avec polynucléose; le

21 août on pratique un examen radiographique du thorax qui nous montre l'intégrité du poumon gauche; le côté droit au contraire est le siège de lésions déjà anciennes. Dans les deux tiers inférieurs on distingue une ombre diffuse autour de laquelle s'étagent contre la paroi externe les images de deux cavités, la cavité inférieure présentant un niveau liquide horizontal. Le 1^{er} septembre, le malade est soumis au traitement émétinien; après trois semaines, la température s'est stabilisée autour de 37°, le poids a augmenté, l'expectoration est presque tarie, l'état général est meilleur; la radiographie enfin montre un éclaircissement très marqué de l'ombre de la base droite, les deux cavités sont encore visibles, mais leurs contours sont moins nets; on ne voit plus de ligne de niveau liquide. Mais le 27 septembre, le malade présente des signes de pneumonie du sommet droit, la température s'élève à 40°, et le malade meurt quatre jours après. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XVII

*Lévi-Valensi et Curtillet (Algérie Médicale,
octobre, 1931)*

S., 18 ans, est pris le 5 novembre 1930, d'un point de côté droit, bientôt suivi de frissons et de fièvre élevée, par la suite apparaissent tous les signes d'une congestion pulmonaire aiguë qui évolue normalement jusqu'au

13 novembre. Le traitement fut seulement symptomatique; après quatre jours d'apyrexie, la température remonta aux environs de 38°; vers la fin du mois, se constituaient sous l'oreille des signes de congestion plumo-pulmonaire de la base droite. Le 2 décembre on pratique un examen radiographique qui montre au niveau du 1/3 inférieur du poumon droit, la présence d'une ombre s'étendant du diaphragme à la huitième côte, à bord supérieur convexe, présentant les caractères habituels des ombres liquidienues. L'expectoration, jusque-là banale et légère, devient le 3 décembre, épaisse et jeune verdâtre. Une ponction pratiquée le 4 décembre retire un liquide fétide amicrobien. On pratique alors des injections d'émétine; le 12 décembre, la température oscille depuis deux jours entre 36°5 et 37°; le 17 décembre, il n'existe aucun signe physique, ni fonctionnel. A la radio on peut apercevoir un peu au dessus du diaphragme, une petite ombre nette, cicatrice témoignant à la fois de la réalité de l'abcès pulmonaire et de sa guérison.

Conclusions

I. — L'amibiase pulmonaire est une affection qui devient de plus en plus fréquente.

II. — Elle peut exister seule avec présence d'amibes dans les crachats; elle peut coexister avec une manifestation dysentérique. Elle peut survenir comme une manifestation unique, primitive, sans qu'il soit possible de mettre en évidence la présence d'amibes dans l'expectoration ou l'existence d'antécédents dysentériques.

III. — Elle peut prendre les masques les plus divers. Il existe des bronchites, des broncho-pneumonies, des pneumonies amibiennes. Elle simule surtout la tuberculose. Il importe d'y penser devant toute suppuration pulmonaire qu'il est impossible de rattacher à une cause évidente.

IV. — Sa thérapeutique comprend une triade médicamenteuse : émétine, arsénic, iode qui, dans l'immense majorité des cas, exclut tout autre traitement.

L'émétine étant dirigé contre l'amibe.

L'arsénic et l'iode contre la forme de résistance: le kyste.

V. — L'émétine reste le médicament fondamental et s'il améliore beaucoup de suppurations pulmonaires, son action précoce, rapide, totale et durable fait à elle seule le diagnostic dans une suppuration pulmonaire chronique d'étiologie indéterminée.

Vu, le Doyen :

Vu, le Président :

BALTHAZARD.

A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

1924. BRULÉ et HILLEMAND. — Abscès du poumon guéri par l'émétine. (*Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*, 7 novembre.)
1929. BRULÉ, LAPORTE et RAGU. — Deux cas d'abcès pulmonaires non amibien rapidement améliorés par le traitement éméтинien. (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, 31 mai.)
1925. DARGEIN et DORÉ. — Amibiase pulmonaire gauche guérie par l'émétine et le stovartol. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 3 avril.)
1928. YAGNOW. — (*Annales de Médecine*, juillet.)
1925. CAUSSADE et TARDIEU. — Abscès amibien gangreneux du poumon droit indépendant d'un abcès amibien latent du foie chez un ancien colonial. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 6 mars.)
1923. LAUTMAN. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. (*Thèse*, Paris.)
1928. LEMIERRE et KOURILSKY. — Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 20 janvier.)
1924. WEILL (P.-E.) et LAMY. — Un cas d'abcès amibia-

- sique du poumon guéri par l'émétine. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 17 octobre.)
1923. PISSAVY, BREGER et CHABRUN. — Abscès amibien du poumon. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 27 juillet.)
1924. WEILL (P.-E.) et LAMY. — Un cas d'abcès amibiasique du poumon guéri par l'émétine. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 17 octobre.)
1931. LÉVI-VALENSI et Et. CURTILLET. — (*Algérie Médicale*, octobre.)
1930. René MIGNOT. — Le traitement médical des suppurations pulmonaires. (*Presse Médicale*, 19 mars.)
1930. NUBERT et BRANISTEAU. — L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes. (*Presse Médicale*, 29 janvier.)
1931. P. OURY et GODART. — Aspects et traitements de l'amibiase chronique. (*Presse Médicale*, 4 mars.)
1930. Marcel LABBÉ. — Abscès du poumon probablement amibiasique guéri par l'émétine. (*Presse Médicale*, 23 juillet.)
1923. PETZETAKIS. — Bronchite amibienne avec présence d'amibes vivantes dans les crachats. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 2 novembre.)

